

Et barns liv eller en mors rett til å velge

Når den gravide ikke ønsker keisersnitt

Une Solfrid V. Graff



Prosjektoppgave ved profesjonsstudiet i medisin

Veileder: Professor Per Nortvedt

UNIVERSITETET I OSLO

2009

1. Innhold

1. INNHOLD	2
2. ABSTRACT	3
3. INNLEDNING.....	4
4. METODE.....	6
5. SAMMENDRAG AV LITTERATUREN.....	7
5.1 BAKGRUNN.....	7
5.2 BERØRTE PARTER	8
5.3 DEN GRAVIDE KVINNENS VALG	10
5.4 HELSEPERSONELLS HOLDNINGER TIL KONFLIKTEN	11
5.5 MULIGE LØSNINGER PÅ DILEMMAENE	12
6. ETIKK	14
6.1 KONFLIKT MELLOM ETISKE PRINSIPPER.....	14
6.2 VERDIER PÅ SPILL.....	16
6.2.1 Fosterets rettigheter	16
6.2.2 Kvinnens retter og plikter.....	17
6.2.3 Helsepersonells retter og plikter	19
7. JUSS	23
7.1 INTERNASJONALT	23
7.2 NORGE.....	25
8. DISKUSJON.....	28
8.1 HANDLINGSALTERNATIVER.....	28
8.2 KONKLUSJON.....	32
9. KILDELISTE.....	34

2. Abstract

In rare cases, a pregnant woman refuses to undergo a Caesarean section recommended by her obstetrician in order to save the life or the future health of the fetus. In these cases, a conflict will arise between the woman's Right to Autonomy and the fetus' Right to Life. According to the Law of Patient Rights in Norway, a mentally competent adult patient has the right to refuse any form of treatment, even life-saving treatment. However, does this also apply to pregnant women? Does she hold the right to refuse treatment on behalf of her fetus? And does the fetus hold any legal or moral rights on its own?

At the same time, the obstetrician, and other health professionals involved, will find themselves in a very difficult ethical dilemma. Are they both ethically and legally bound to respect the woman's wishes? Or do they have a right to intervene without her consent, in order to protect the fetus, and their own ethical integrity?

The paper discusses both the ethical and judicial aspects of the conflict with special focus on the pregnant woman's competence and right to autonomy. The legal and moral rights of the fetus are explored. Furthermore, health personnel's rights and obligations to the pregnant woman and the fetus are discussed in light of the Hippocratic principle of "do no harm". Possible solutions to the conflict are considered.

3. Innledning

En pasienthistorie:

I Storbritannia, på slutten av 90-tallet ble miss S, gravid i 8. måned, diagnostisert med alvorlig svangerskapsforgiftning (1). På bakgrunn av stor risiko både for henne selv og barnet, ble innleggelse og keisersnitt sterkt anbefalt fra oppfølgende lege. Men miss S nektet å gi sitt samtykke. Hun så på graviditet og fødsel som en naturlig prosess og ønsket ingen medisinsk intervensjon, uansett konsekvenser. Med stor fortvilelse svarte legen med å tvangsinnlegge henne med henvisning til britisk lov om psykisk helsevern, med bakgrunn i en moderat depresjon. Dette skjedde på tross av at hun ikke var erklært inkompetent og ikke led av noen alvorlig mental sykdom. Ikke på noe tidspunkt under sykehusoppholdet ble pasient S behandlet for mental sykdom. Legene fikk henne derimot overflyttet til et vanlig sykehus og via rettsvesenet fikk de autorisasjon til å utføre keisersnittet uten hennes samtykke, og forløste et friskt barn. For miss S fikk ikke saken en lykkelig slutt. Selv i ettertid var hun uenig i avgjørelsen som ble tatt og i måten hun ble behandlet på, og hun opplevde symptomer på PTSD. Saken kom opp i ankeretten i 1998.

Når en gravid kvinne ikke ønsker et keisersnitt anbefalt av helsepersonell av hensyn til barnet, oppstår det en konflikt. Kvinnens rett til selvbestemmelse kommer i opposisjon til fosterets rett til liv. Samtidig kommer helsepersonell i en svært vanskelig situasjon da deres plikt til å hjelpe fosteret kommer i konflikt med deres plikt til å la kvinnen bestemme over sin egen kropp. Denne type problemstillinger er sjeldne, men kommer ofte uventet, og er særdeles utfordrende medmenneskelig, etisk og juridisk.

I oppgaven vil det legges vekt på en diskusjon rundt etiske verdier som den gravide kvinnens rett til autonomi, hennes beslutningskompetanse og vurdering av denne, barnets rett til å leve, samt hensyn til helsepersonells ikke – skade – prinsipp. Oppgaven kan åpenbart ikke gi noe svar på disse vanskelige dilemmaene. De må løses i hver enkelt situasjon, men oppgaven vil sette søkelys på vurderinger, verdier

og juridiske retningslinjer som kan være til hjelp for klinikere som plutselig kan finne seg selv stående i en av disse vanskelige og utfordrende situasjonene.

4. Metode

Oppgaven er formet som en litteraturstudie. Den er basert på artikler funnet ved bruk av de tre følgende søkealgoritmer brukt i Ovid Medline:

1. Ethics AND cesarean section
2. (Forced cesarean OR refuse cesarean) AND (pregnancy OR pregnant woman OR pregnant)
3. Cesarean AND (fetal-maternal konflikt OR maternal-fetal relation)

Disse søkene ga rundt 200 artikler. Etter gjennomgang av abstracts, ble 42 aktuelle artikler utvalgt, og disse ble lagt til grunn for utformingen av denne oppgaven.

Samtidig er det brukt aktuell etisk litteratur, aktuelle verdier og juridiske retningslinjer. Det henvises til kildelisten.

Disposisjon: Oppgaven vil bestå av 4 hoveddeler. Først en oppsummering av litteraturen som vil legge vekt på bakgrunnen for konflikten, hvilke parter som er berørt, årsakene til kvinnens valg, helsepersonells holdninger og mulige løsninger på problemet. Videre en etikkdel som vil ta opp de etiske problemene vi møter på i denne type konflikter, samt en redegjørelse for hvilke verdier som står på spill. Neste del vil inneholde aktuell juss internasjonalt og i Norge. Oppgaven vil avsluttes med en diskusjon rundt mulige handlingsalternativer og om mulig en konklusjon.

5. Sammendrag av litteraturen

5.1 Bakgrunn

Når en gravid kvinne ikke ønsker et keisersnitt som behandlende helsepersonell anser nødvendig for å sikre et barns liv og helse, oppstår det en konflikt. Konflikten står mellom den gravide kvinnens interesser samt rett til selvbestemmelse, og fosterets interesser, her representert ved helsepersonells anbefalinger (2). En beslutning må fattes på kort tid, og utfallet kan få fatale konsekvenser. Frustrasjonen og de mellommenneskelige utfordringene for alle involverte parter blir stor, og kan forverres ytterligere dersom problemet ikke har vært tenkt igjennom på forhånd. Første gang en slik sak ble publisert var i USA i 1981(3). I dette tilfellet gikk legene rettens vei og tvang kvinnen til å gjennomgå keisersnitt ved hjelp av en rettsordre. Dette skapte stor debatt i både etiske, juridiske og medisinske tidsskrifter. Spørsmål som ble stilt var: Hvorfor kan ikke en gravid kvinne behandles som andre pasienter når det gjelder rett til selvbestemmelse, beskyttelse av kroppslig integritet og andre pasientrettigheter? Hva får enkelte gravide kvinner til å avstå fra mulig livreddende behandling for eget barn? Her følger et sammendrag av den aktuelle litteraturen som omhandler disse problemstillingene.

Keisersnitt ble som kirurgisk inngrep stadig sikrere utover på 1900-tallet. I begynnelsen var sjansene for at mor skulle overleve minimale, og prosedyren ble ikke utført med mindre det var eneste mulige løsning. Legene fokuserte sin medisinske kunnskap på mors helsetilstand, da det ikke fantes utstyr for fosterovervåkning(4). Fosterets tilstand ble vurdert ut i fra mors velvære.

Etter hvert som ny kunnskap om hygiene, anestesi og operasjonsteknikker ble kjent, sank mortaliteten for keisersnitt betraktelig. Keisersnitt har i vår tid og i vår del av verden utviklet seg til en sikker, rutinemessig prosedyre. Inngrepet inndeles i akutte og planlagte keisersnitt. Akutte keisersnitt utføres oftest når fødselen allerede er i gang. De vanligste indikasjonene for dette er fosterstress, eller at fødselsprosessen går for sakte som igjen kan ha flere årsaker. Planlagte keisersnitt, såkalt elektive, bør

gjøres så tett opp til termin som mulig. Indikasjonene for et slikt inngrep deles gjerne inn i 1) absolutte indikasjoner, som kan være for eksempel placenta praevia eller ikke – korrigerbart, unormalt fosterleie. 2) Relativ indikasjon, som kan være seteleie, tvillinggraviditet eller tidligere gjennomgått keisersnitt. Til slutt har vi en stadig voksende kategori 3) som er keisersnitt med bakgrunn i kvinnens eget ønske(5).

For sammenligning ble det i 1968 utført totalt 1354 keisersnitt, svarende til 2 % av alle fødsler i Norge. Antall keisersnitt i 2008 var steget til 10 392 og utgjorde 17,1 % av alle fødsler dette året(6). I tillegg har andelen planlagte keisersnitt økt betraktelig i moderne tid. Mer enn hvert sjette barn i Norge tas altså med keisersnitt i dag, og det viser hvor trygt obstetrikere anser inngrepet.

I tillegg har vi de siste 40-50 årene fått metoder for å overvåke fosteret uavhengig av mors helsetilstand. Da vi før bare kunne tolke signalene mor ga, har vi nå muligheten til å overvåke fosteret med metoder som ultralyd, CTG og pH-målinger av fosterets blod. Dette kan gi oss en pekepinn på hvordan fosteret har det *in utero*.

Nye overvåkningsmetoder i kombinasjon med svært lav risiko for mor ved selve inngrepet, har ført til at indikasjonene for keisersnitt har endret seg. Fra å brukes kun ved fare for den gravide kvinnens liv, brukes det i dag ved det minste tegn på at ikke alt er som det skal med fosteret, uavhengig av mors helsetilstand. I 1999 var den vanligste oppgitte årsak til keisersnitt fosterstress, som utgjorde 21,9 % av alle utførte keisersnitt(7). I takt med nyvinninger innen medisinsk teknologi øker dermed mulighetene for å behandle fosteret som en egen pasient før det er ute av mors mage. Samtidig øker muligheten for at det oppstår konflikt mellom mors ønsker og det helsepersonell mener er den beste behandlingen av hensyn til barnet.

5.2 Berørte parter

I en slik konflikt vil det være flere parter involvert. Den gravide kvinnen vil naturligvis være i sentrum, og under et enormt moralsk press. Ved å bli gravid og ved å fullføre svangerskapet, mener mange at kvinnen har tatt et valg som forplikter henne til å gjøre alt som står i hennes makt for å fremme barnets helse. På den andre

siden er hun, inntil det motsatte er bevist, en samtykkekompetent pasient. Dette innebærer at hun antas å være i stand til å ta i mot informasjon og bruke denne til å fatte beslutninger til sitt eget beste. Som Chervenak beskriver i en artikkel fra 1997, er kvinnen selv den eneste som kan vite hvilke kliniske strategier som stemmer overens med hennes interesser, verdier og eventuell trosretning, og hvilke som ikke gjør det(8). Dette betyr i utgangspunktet at hun alene har rett til å nekte enhver behandling uansett konsekvens. Likevel, selv om det juridiske i form av respekt for kvinnens rettigheter synes å være på plass, sitter alle involverte igjen med et stort etisk og moralsk dilemma i slike saker: en uskyldig part blir berørt, nemlig fosteret. Dette er kjernen i konflikten: Kvinnens rett til autonomi er i sterk konkurranse med fosterets rett til å leve.

Det diskuteres i litteraturen om fosteret virkelig er kvinnens motpart. Da fosteret naturligvis ikke har egen vilje, må fosterets interesser defineres av andre. I disse situasjonene blir det samfunnet, representert ved helsepersonell, som tar den rollen. Maclean beskriver det slik: "Samfunnet har interesse av å opprettholde liv, beskytte uskyldige tredjeparter, og sist men ikke minst opprettholde helsepersonells etiske integritet"(1). Konflikten blir dermed ikke mellom kvinnen og fosteret, men mellom kvinnen og samfunnet.

Andre involverte parter kan være barnets far og den øvrige familie. Dette vil ikke bli omtalt nærmere i oppgaven da den fundamentale konflikten er mellom kvinnen og barnet. Fars, eller øvrige families integritet, berøres ikke på samme måte som hos kvinnen. Det er hun som skal føde barnet, og det er hennes kropp som eventuelt skal gjennomgå inngrepet. Denne tankegangen er allerede kjent i norsk Lov om Svangerskapsavslutning, der kvinnen på ingen måte trenger fars godkjennelse for å ta abort. Et interessant moment er dessuten at i samtlige kliniske tilfeller presentert, der far er involvert, støtter han den gravide kvinnens beslutning.

5.3 Den gravide kvinnens valg

Det er uvanlig at en gravid kvinne ikke ønsker keisersnitt for å redde barnet hun har båret til termin. De fleste kvinner vil gjøre alt de kan, og vil utelukkende følge helsepersonells råd i slike situasjoner. Det er derfor interessant å se nærmere på hvilke årsaker kvinnene oppgir til at de ikke ønsker inngrepet.

- Religiøs tro og kulturelle forskjeller er én viktig årsak. Det er stor sjanse for at pasienten har en personlig tro ulik behandlende helsepersonell, og ulikt verdigrunnlag kan være vanskelig for helsepersonell å akseptere i beslutningsprosessen. Finamore beskriver et tilfelle fra Georgia, USA. En kvinne med påvist placenta praevia nektet keisersnitt med den begrunnelse at hun hadde full tro på at Gud ville helbrede henne. Legene gikk til sak, og retten slo fast at statens interesse i å beskytte det levedyktige fosteret betød mer enn kvinnens rett til å praktisere sin religion. Avgjørelsen ble kritisert i ettertid(9). Keisersnitt kan også være problematisk innenfor visse kulturer. Et eksempel kan være kulturer der det er viktig å bevare kroppen hel, og der det er uakseptabelt å ikke la naturen gå sin gang(10). Av alle saker som ble tatt opp i retten i USA og Canada mellom 1980 og 1990 angående påtvunget keisersnitt, omhandlet et uforholdsmessig stort antall fattige, mørkhudete eller ikke – engelskspråklige kvinner(3). Det er derfor en grunn til å tro at kommunikasjonsproblemer og kulturelle forskjeller også spiller en rolle. Hvis en lege på grunn av språklige barrierer ikke får formidlet hva han skal gjøre eller hvorfor, er det mindre sannsynlig at kvinnen vil samarbeide med tanke på det emosjonelle og fysiske presset hun allerede befinner seg i.
- Kvinner kan ha dårlige erfaringer fra tidligere møter med helsevesenet. Dette kan svekke tilliten til helsepersonell og vanskeliggjøre kommunikasjon. Kanskje ser ikke kvinnen alvoret i situasjonen som blir beskrevet, eller hun mangler tillit til at et så stort kirurgisk inngrep er tryggere enn en vaginal fødsel i denne situasjonen. Et moment er innvandrere med dårlige erfaringer

fra helsehjelp i sine hjemland. Et keisersnitt i et vestlig land er trolig mindre risikofylt enn et keisersnitt i et utviklingsland.

- Videre finnes en rekke psykologiske årsaker. Eksempler kan være frykt for inngrepet, eller at kvinnen ikke orker den psykiske belastningen det er å gjennomgå et slikt inngrep. Det mest ekstreme eksempelet er miss MB som i Storbritannia i 1997 i utgangspunktet ønsket et keisersnitt og ga sitt samtykke, men som senere trakk det tilbake på grunn av sin intense frykt for nålestikk(11).
- Andre årsaker kan være manglende ressurser og manglende sosial støtte. Barnet er kanskje ikke planlagt, og et ekstra barn i familien kan skape problemer av både økonomisk og sosial art. Uforutsette endringer i livssituasjonen under svangerskapet kan også gjøre barnet uønsket nær termin. Kvinnen kan se på situasjonen som oppstår som en utvei til å unngå å få et uønsket barn.

5.4 Helsepersonells holdninger til konflikten

Det er ikke funnet mye litteratur på helsepersonells holdninger i disse situasjonene, men én artikkel egner seg svært godt. Cuttini et al. utførte en spørreundersøkelse i 2001-2002 for å kartlegge holdningene obstetrikere har overfor kvinner som nekter å gi sitt samtykke til keisersnitt ved fosterstress(3). Undersøkelsen ble utført i åtte europeiske land. I alle de åtte landene ville legene fortsette sine forsøk på å overtale kvinnen. I Spania, Frankrike og Italia, samt i mindre grad i Tyskland og Luxemburg ville legene også prøve å gå rettens vei for å tvinge henne til å motta behandling. I Storbritannia, Sverige og Nederland ville nærmere halvparten til slutt akseptere kvinnens valg og bistå med en vaginal fødsel. Kun en liten del ville ha foretatt keisersnitt uten kvinnens samtykke og uten rettsordre. Cuttini et al skriver at de ulike holdningene reflekterer ulike rettslige og etiske miljø i de enkelte land. Ifølge undersøkelsen mener forfatterne at det går et skille i Europa mellom nord og sør, der Storbritannia, Sverige og Nederland er de mest tilbøyelige til å godta kvinnens

avgjørelse, mens landene i sør som Spania, Frankrike og Italia er de minst tilbøyelige. Videre mener forfatterne at egenskapene ved hver enkelt obstetiker også har noe å si. De som i størst grad støtter kvinnens selvbestemmelsesrett er av yngre alder, er gift/samboer og uten religiøs tilknytning.

5.5 Mulige løsninger på dilemmaene

I en artikkel av DeBosch fra 2008 skisseres fire mulige løsninger på problemet(12):

- 1) Helsepersonell må forsøke å forstå kvinnens valg. Hva er årsaken til beslutningen? Er det noe som kan gjøres for å bedre kvinnens situasjon slik at keisersnittet ikke fremstår som et dårlig alternativ? Kan fagfolk som sosialarbeidere, prest, tolk og etikere være til hjelp? DeBosch skriver at det om mulig bør etableres et godt lege – pasient – forhold i prenataler kontakter, slik at pasientens tanker og avgjørelser kan diskuteres før termin.
- 2) En mulighet er å få erklært kvinnen midlertidig inkompetent og innsette verge. Scott skriver i sin artikkel fra 1994 at leger synes å se enhver årsak til at en pasient nekter behandling som irrasjonell, nettopp fordi pasienten ikke ønsker å gjøre det *han* mener er det beste(13). Dette fører til at leger raskt vil vurdere muligheten for å erklære pasienten inkompetent. For at dette skal være mulig må det imidlertid begrunnes, og ofte etter psykiatrisk vurdering. Har man tidsnød kan dette være et vanskelig alternativ.
- 3) En annen mulighet er å gå rettens vei og skaffe en rettsordre. Spesielt i USA og Storbritannia er dette vel kjent. Dersom kvinnen ikke kan erklæres beslutningsinkompetent, ber man om en rettslig vurdering. I Norge derimot har vi ingen tradisjon for denne type intervensjoner fra rettsystemet i medisinen, men det er mulighet for å trekke inn en etisk komité for råd og veiledning. Ved tidsnød vil også dette være vanskelig.

- 4) Utelate keisersnitt som en mulighet og gjøre alt man kan for en vellykket vaginal fødsel. Det er ikke medisinsk indikasjon for dette alternativet, men det opprettholder kvinnens autonomi.

6. Etikk

6.1 Konflikt mellom etiske prinsipper

Et prima facie prinsipp er i følge læreboken i medisinsk etikk et prinsipp man moralsk sett alltid er forpliktet til å følge med mindre det oppstår strid mellom flere slike prinsipper(14). Respekt for autonomi, velgjørenhet, og ikke – skade – prinsippet er alle eksempler på slike prinsipper. De utgjør også, i tillegg til rettferdighet, Beauchamp og Childress' fireprinsippetikk. Prinsippene som kommer i konflikt med hverandre i konfliktene mellom mor og foster, er kvinnens rett til autonomi på den ene siden kontra fosterets rett til liv og helsepersonells forpliktelse til å redde liv og ikke å skade på den andre. Å tilsidesette et prima facie prinsipp til fordel for et annet er vanskelig. Og å gjøre det uten å krenke noen andres rettigheter er nesten umulig. Men det må velges mellom prinsipper i slike situasjoner.

- Autonomi: Opprettholdelse av den gravide kvinnens rett til autonomi i disse situasjonene er det som diskuteres mest i den internasjonale litteraturen. Autonomi defineres i medisinsk etikk som pasientens evne til å ta i mot informasjon og å bruke denne informasjonen i en rasjonell og relativt sett fri beslutningsprosess. En mentalt kompetent pasient har dermed med nødvendig informasjon, rett til å avslå behandling selv om helsepersonell fraråder det, og selv om avslaget vil få store negative konsekvenser for pasienten selv. I prinsippet er det ingen grunn til at rett til behandlingsavslag ikke skal gjelde en gravid kvinne. Samtidig er det åpenbart hvorfor dette er problematisk. De valg kvinnen tar angående sin egen helse vil automatisk være av stor betydning for fosteret. Et spørsmål som umiddelbart reiser seg er følgende: Er en kvinne som har båret fosteret til termin for deretter å nekte å redde barnet, beslutningskompetent? Michalowski skriver i sin artikkel at det er flere faktorer som påvirker beslutningskompetansen(11). Disse kan være forvirring, sjokk, smerter, utmattelse og medisiner. Er det da mulig å erklære samtlige fødende kvinner inkompetente? Samtidig skriver Cahill at ”termene ”informert” og ”samtykke” synes automatisk å være forbundet, og det virker

vanskelig for helsepersonell i denne situasjonen hvor også fosterets interesser er på spill, å forestille seg at selv om man er informert betyr det ikke at man automatisk samtykker”(15). Pasienten har rett til å takke nei på grunnlag av informasjonen som er gitt. Spørsmålet om informert samtykke og beslutningskompetanse er et kjernepunkt i disse sakene, samtidig som vurderinger av beslutningskompetanse kan være krevende og vanskelig, noe oppgaven vil komme tilbake til.

- Fosterets rett til liv og best mulig utviklingsmuligheter: Konflikter mellom en gravid kvinne og hennes foster har oppstått som følge av at vi har kommet så langt i medisinen at fosterets tilstand kan observeres og følges via monitorering. Det har også blitt mulig å gjøre intervensjoner på en slik måte at fosteret kan få status som pasient før det er født. Men bare fordi vi kan observere fosteret og oppdage om noe er galt, betyr det at vi skal intervenere? Skal alt som kan gjøres i medisinen, gjøres(16)? I de internasjonale artiklene understrekes det gang på gang at fosteret juridisk sett ikke har fulle rettigheter. I en artikkel fra Sullivan angående en kanadisk sak bekreftet man at fosteret ikke er en person og derfor ikke innehar rettigheter(17). Videre skriver Sullivan at ”før fødselen er mor og barn ett på den måten at livet til fosteret er intimt knyttet sammen med, og kan ikke bli sett i isolasjon fra den gravide kvinnens liv.” Men likevel må man spørre seg: Hvilke etiske rettigheter har fosteret, og hvilke forpliktelser har helsepersonell overfor det ufødte barnet? Og, ikke minst; er gjeldende rett på området i samsvar med hva som er etisk akseptabelt?
- Et moment er også helsepersonells etiske integritet og helsetiske kodeks om ikke å skade(14). Problemet for obstetrikeren er om den gravide kvinnens rettigheter bør beskyttes på bekostning av livet til hennes ufødte barn. På samme tid har helsepersonell sin egen etiske integritet å tenke på. Phelan skriver at det å ta vare på helsearbeidernes integritet ikke vanligvis vil gi grunnlag for å påføre en uvillig pasient behandling, og den er heller vanligvis ikke sett på som relevant(18). Men hvordan vil det føles for helsepersonell å

være en passiv tilskuer, eller i verste fall å hjelpe kvinnen med å føde et dødt barn som kunne vært reddet med keisersnitt? For helsepersonell som hver dag trenes i å redde liv, er det ikke vanskelig å forstå at rollen som passiv tilskuer er svært vanskelig. Likevel er det helsepersonells plikt å følge lovverket som selvsagt inkluderer pasientrettigheter. Samtidig kan det også diskuteres om å ikke bistå barnet er brudd på helsepersonellovens § 4 om krav om forsvarlig helsehjelp, og § 7 om øyeblikkelig hjelp(19). (se forøvrig jusskapittelet)

6.2 Verdier på spill

6.2.1 Fosterets rettigheter

Som tidligere nevnt har fosteret ulike rettigheter og tillegges ulike verdier avhengig av hvilket rettslig, medisinsk og etisk miljø man befinner seg i. Syse legger i sin bok fra 1993 som omhandler Abortloven, fram ”tre ulike verdimeslige syn” på fosteret (20). De to ytterpunktene blir naturlig nok 1) fosteret har ikke noen verdi. Fosteret betraktes kun som en del av mors kropp. 2) Fosteret har absolutt selvstendig verdi. Slik ser for eksempel katolikkene på fosteret. Tilhengere av dette synet vil forkaste en kvinnes rett til svangerskapsavbrudd. I Norge derimot er vi mer opptatt av et tredje syn. Syse skriver at ”fosterets vern er et grunnleggende utgangspunkt, men i praksis må dette synet avveies mot andre viktige verdier.” Måten vi ser på fosteret er derfor ikke absolutt, men varierer, og må tilpasses avhengig av hvilke andre verdier som står på spill. Et viktig moment i norsk lovgivning er at fosteret blir tillagt mer verdi ettersom det nærmer seg levedyktighet. Før fosteret er 12 uker gammelt har mor rett til å avslutte svangerskapet uten å oppgi noen grunn. Mellom 12 og 18 uker stilles det stadig større krav til kvinnens oppgitte årsak, og etter at fosteret har passert 18 uker er det i utgangspunktet forbudt å ta abort i Norge. Dette demonstrerer at fosteret har en gradert moralsk status. Jo mer fosteret ligner et menneske, og jo mer levedyktig, desto mer moralsk forkastelig vil det være å avslutte dets liv. Samtidig vil dette indikere at mors rett til selvbestemmelse kun gjelder opp til et visst punkt.

Michalowski som har skrevet en artikkel fra Storbritannia, mener det for mange kan virke ulogisk at fosteret er beskyttet av flere lovverk, blant annet abortlov, men at ”ingen lov beskytter fosteret mot irrasjonelle beslutninger fra en kompetent kvinne som nekter behandling”(11). Kvinnens rett til autonomi står sterkt. Videre skriver forfatteren at det ikke eksisterer lover i Storbritannia og USA som pålegger en gravid kvinne å aktivt redde fosteret. Forbud mot å ta livet av fosteret er ikke det samme som et påbud for å hjelpe det. Heller ikke vanlige personer har plikt til å risikere liv og lemmer for å redde en annen. Flere artikler kommer inn på at ingen andre grupper i befolkningen tvinges til å gjennomgå kirurgiske inngrep av hensyn til andre. Det er selvfølgelig klart at gravide kvinners situasjon er helt spesiell. Likevel har mange prøvd å sammenligne med personer som blir spurt om å være donor. Slike saker har også vært oppe i rettssystemet i USA. Amerikanske juryer har ikke villet pålegge slektninger av syke å gjennomgå selv minimale prosedyrer(2). Derfor blir det vanskelig å forestille seg at en jury med moralsk anstendighet kan beordre et keisersnitt kun av hensyn til fosteret.

Det er likevel ikke mulig å overse fosteret. Forfatterne Reid og Gillett skriver at selv om fosteret har usikker verdi, både juridisk og moralsk, så teller det som ”noe”. En gravid kvinnes årsaker til ikke å ønske helsehjelp bør være så tungtveiende at de kan balansere ut dette ”noe”(21).

6.2.2 Kvinnens retter og plikter

Det er ikke mulig å la være å diskutere kvinnens rett til selvbestemmelse i disse konfliktene. Den utgjør selve kjernen i konflikten. Hvis kvinnen er samtykkekompetent har hun rett til full autonomi som følge av pasientrettighetene. Verdsatter vi dette over fosterets rett til liv er saken grei. Da har hun rett til å avslå medisinsk behandling selv om det skulle få katastrofale følger for barnet. Fosteret blir da kun betraktet som en del av kvinnens kropp, og gis ingen selvstendig moralsk status. Kvinnen kan gjøre som hun vil med sin egen kropp.

På samme måte som Syse legger fram tre ulike verdimessige syn på fosteret, mener Burrows i sin artikkel at også kvinnen kan ses på tre ulike måter. Her i relasjon til retten til autonomi (22):

- 1) Kvinnen er kun en beholder. Barnets rettigheter betyr mest.
- 2) Kvinnen er et fullt autonomt individ. Barnets rettigheter er ikke-eksisterende.
- 3) Kvinnens autonomi kan tillates opp til et visst punkt. I det øyeblikket fosterets liv kommer i fare vil fosterets rettigheter få førsteprioritet.

I publiserte saker i USA og Storbritannia der retten har utstett rettsordre for å tvinge kvinnen, er det sistnevnte som tilsynelatende har blitt brukt. Kvinnen kommer inn på fødestuen og behandles som beslutningskompetent og hennes autonomi respekteres helt til barnet er i fare, eller hun motsetter seg legens anbefalinger som har utgangspunkt i å redde barnet. Dette kan for mange virke merkelig. Det virker som at det å akseptere behandling krever mindre beslutningskompetanse enn å avstå fra behandling. Er det slik at retten til selvbestemmelse forsvinner så snart pasienten opponerer mot behandlende helsepersonell? I situasjoner der helsepersonell fastslår at det er tryggere for både mor og barn å gjennomgå keisersnittet, er i følge Maclean en mulig forklaring følgende: "Siden et avslag i denne situasjonen vil resultere i en større risiko for helsen enn å samtykke til behandlingen, vil en risikorelatert standard kreve et høyere nivå av samtykkekompetanse for å avslå enn å samtykke"(1). Altså: Når det er farligere å takke nei enn ja, må pasienten være mer reflektert enn ved liten risiko. Dette er allerede anerkjent innenfor medisinen. Det store paradokset her er at kravene til kvinnens kompetanse heves fordi *fosterets* liv og helse er i fare, og ikke nødvendigvis fordi kvinnens eget liv står på spill.

Et avgjørende spørsmål blir om en kvinne i det hele tatt kan være beslutningskompetent når hun er villig til å la et foster dø. Som diskutert i tidligere avsnitt begrunner kvinnene sitt valg på flere forskjellige måter. Scott skriver i en artikkel fra 2000 at det er umulig å forutsi hva slags medisinsk hjelp og prosedyrer et foster trenger i løpet av fosterlivet. Betyr dette at dersom en kvinne ikke er villig til å

være med på alt uavhengig av religion, personlig syn og kultur, så kan hun ikke bli gravid? Er det moralsk anstendig å si til en kvinne at hun enten må akseptere all behandling eller så må hun la være å reprodusere? At en kvinne har plikt til å gjøre *alt hun kan* er rimelig. Men hva om *alt hun kan* betyr ”alt hun ikke har en alvorlig, tungtveiende grunn til ikke å gjøre?” La oss si at keisersnittet strider i mot hennes religiøse tro. Ved å nekte keisersnitt, men derimot gjøre sitt beste for å samarbeide med helsepersonell mot en vellykket vaginal fødsel, har hun ikke likevel gjort alt hun kan? Nekter hun derimot fordi hun ikke ønsker et abdominalt arr, er det muligens vanskeligere å argumentere for at hun har gjort alt hun kan(23). For å svare på avsnittets innledende spørsmål er det ut fra hva Scott skriver mulig å legge fram en hypotese: Det har noe å si hva kvinnen legger til grunn for sitt valg, og om hun ut fra dette vil bli oppfattet som beslutningskompetent eller ikke, og om hennes valg kan synes plausibelt eller akseptabelt. Hvis legene derimot ikke lytter til hva hun har å si, er det heller ikke mulig å komme fram til om avgjørelsen er veloverveid eller totalt irrasjonell.

6.2.3 Helsepersonells retter og plikter

Det er flere artikler som mener at obstetrikeren befinner seg i et moralsk dilemma når han føler hans forpliktelser overfor kvinnen kommer i konflikt med forpliktelsene overfor barnet. DeBosch har i sin artikkel studert flere tilfeller der kvinner har nektet keisersnitt(12). Han mener det medisinske teamet må bestemme seg for om deres primære ansvar er rettet mot den gravide kvinnen eller overfor fosteret. Hvis den gravide kvinnen er medisinsk stabil, og hun selv ikke ønsker inngrepet, er det vanskelig å forsvare at dette er til fordel for mor. Derimot er det mye som taler i mot et kirurgisk inngrep. Keisersnitt innebærer en fysisk risiko, og i tillegg kan pasienten påføres stor emosjonell skade relatert til en påtvunget prosedyre. Ikemoto viser til en studie der majoriteten av kvinner intervjuet etter et hastesection hadde opplevd dette som et mentalt traume(25). Dessuten utviklet en tredjedel alvorlige posttraumatiske stressreaksjoner. Det ga i tillegg konsekvenser for forholdet mellom mor og barn.

På den andre siden har helsepersonellet moralske forpliktelser overfor fosteret. ”Hands – off alternativet innebærer at helsepersonell skal forkaste all erfaring, kunnskap og ferdigheter de har tilegnet seg fordi en kompetent kvinnes rett til kroppslig integritet gir henne muligheten til å bestemme om hennes potensielt levedyktige foster skal leve eller dø” skriver Phelan i en artikkel fra begynnelsen av 90-tallet(18). Forfatteren bruker et interessant eksempel: Personer i visse yrker har hjelpeplikt. For eksempel livreddere, politimenn, brannmenn og selvfølgelig leger. Om et barn holder på å drukne og mor sier til livredderen at han ikke skal redde barnet hennes, er det ingen som forventer at han skal føye mor og la være. Hvorfor forventer da samfunnet at obstetrikeren som har en lignende plikt til å hjelpe, skal stå ved siden av mor og ikke gjøre noe når kvinnen sier det? Er virkelig et så rutinemessig inngrep som et keisersnitt grunn nok til å føye kvinnen? Da et foster ennå ikke er født og ikke har noen eksistens uavhengig av mors kropp, er det selvfølgelig diskuterbart om eksempelet i det hele tatt kan sammenlignes med konflikten i oppgaven. Jmfr Diskusjoner om fosterets graderte moralske status.

Selv om helsepersonell kan føle at de har ansvar for to personer som de har ulike og uavhengige plikter overfor, har de ingen plikt, og heller ingen rett til å utføre prosedyrer uten samtykke, uavhengig av deres personlige syn på saken. Rådløse og i tidsnød står helsepersonell og ser fosterets blodverdier og CTG stadig vise dårligere resultat. Hva skal de gjøre? I mange land har helsepersonell begynt å trekke til rettssalen. Helsepersonell får et tilsynelatende nøytralt svar på spørsmålet om hva de skal gjøre. I tillegg til å få ryggen fri løser det også problemet. Samfunnet har utviklet seg slik at de selv risikerer å bli saksøkt dersom de ikke har loven i hånden. Men i ettertid har ofte helsepersonellet som gikk til sak fått kritikk. Ankeretten har i flere situasjoner gitt kvinnen medhold og samtidig kritisert legene. Cahill kommer i en artikkel opp med en liste over faktorer som går igjen i sakene der ankeretten tar et annet standpunkt enn retten i første høring(15):

- Kliniske avgjørelser blir tatt kun på bakgrunn av fysiologiske faktorer. Dagens overvåkningsmetoder er ikke perfekte. De er vanskelige å tolke og obstetrikere er ofte uenige i hva som er den beste behandlingen. I tvilsituasjoner der

kvinnens syn, ønsker og følelser kunne fått en større plass, fokuseres det kun på ofte tvilsomme medisinske fakta. Ikemoto bemerker dessuten at leger i retten svært sjelden blir bedt om å legge fram bevis for at keisersnitt faktisk er eneste utvei(25).

- Protokoller følges slavisk. Dette er ikke situasjoner som nødvendigvis følger læreboken. Når helsepersonell likevel firkantet skal følge sine protokoller oppstår det en konflikt.
- Dårlig lege – pasient forhold med dårlig kommunikasjon. Legene har ofte brukt for liten tid til å sette seg inn i kvinnens situasjon, og har liten forståelse for årsaken til at hun ikke følger anbefalingene. Samtidig er legene for svake til å dokumentere pasientsamtalene, hvilket vanskeliggjør rekonstruksjonen av legens tankegang.
- Klar misoppfatning av den gravide kvinnen inkompetanse. På grunn av tidsnød er det vanskelig å få til en god psykiatrisk vurdering, og kvinnen erklæres inkompetent med utgangspunkt i symptomer som i ettertid viser seg å ikke holde mål. Som nevnt over befinner kvinnen seg i en svært vanskelig situasjon når helsepersonell tolker ethvert avslag til anbefalt behandling som symptom på inkompetanse.
- Manipulasjon. Cahill skriver at ”et keisersnitt kan være a) det *eneste* alternativet, det vil si at å ikke utføre det *vil føre til død* av foster, mor eller begge, eller b) det *beste* alternativet, det vil si at det vil *redusere risiko* for skade av fosteret, mor eller begge. Å gi inntrykk av at alternativ a) er sannheten når det i virkeligheten er b), er å tvinge kvinnen ved bruk av manipulasjon...”.

Her finnes et forbedringspotensial. Scott mener en rettsordre for å påtvinge behandling gir leger en mulighet til å unnslippe arbeidet med lege – pasient – forholdet(13). Det er ingen grunn til å tro at helsepersonell i Norge ikke gjør de samme feilene. Leger må ha ordentlige samtaler med pasientene for å kunne forstå

individets verdisyn og tankegang. På bakgrunn av spørreundersøkelsen utført av Cuttini et al skriver forfatterne at overtalelse er det viktigste ikke – kontroversielle handlingsalternativet i disse konfliktene, og at dette krever et tillitsfullt forhold mellom lege og pasient. Alt for å ”maksimalisere sjansene for å hindre prenatal skade, fremfor å jobbe for å kriminalisere det”(3).

7. Juss

7.1 Internasjonalt

I land som USA, Storbritannia og Canada er det ikke uvanlig å bruke rettsvesenet når konflikter mellom pasienter og helsepersonell dukker opp. På denne måten blir det rettslige miljøet i disse landene i større grad enn i Norge trukket inn i disse konfliktene, samtidig som det fører til debatt også utenfor det medisinske miljøet. Avgjørelsene i enkeltsaker blir stående som en norm for beslutningstaking neste gang problemet oppstår, såkalt *presedens*, og det er mulig å si noe om hvordan lovverket utvikler seg ved å studere hva juryer har uttalt i tidligere saker.

Mellom 1980 og 1990 var det flere saker i USA og Storbritannia der retten ga legene juridisk makt til å tvinge kvinner til keisersnitt(3). Dog ble avgjørelsene ofte kritisert av ankeretter i ettertid. Når det gjelder Storbritannia kom det mot slutten av 90-tallet spesielt opp to saker som fikk mye oppmerksomhet i litteraturen. Disse statuerte et eksempel som gjorde det vanskelig for leger å gå til sak ved senere konflikter. Den første av disse var saken mot miss MB i 1997. På grunn av sin nålefobi ble hun ved første høring erklært midlertidig inkompetent, og dommeren ga tillatelse til at legene kunne gjennomføre keisersnittet. Ankeretten samme dag sa seg enig i rettens vurdering på grunnlag av kriterier for inkompetanse, men de gjorde samtidig oppmerksom på følgende: ”En kompetent kvinne som har intakt beslutningsevne har av religiøse årsaker, andre årsaker, rasjonelle eller irrasjonelle årsaker eller ingen årsak i det hele tatt, rett til å velge å ikke gjennomgå medisinsk intervensjon, selv om konsekvensene kan bli død eller betydelig skade på barnet hun bærer, eller føre til at hun selv dør. I det tilfellet har ingen rett juridisk makt til å erklære påtvunget medisinsk intervensjon lovlydig. Spørsmålet om hva som *objektivt* vil være i kvinnens beste interesse vil ikke engang være et tema”(26).

Saken om pasient MB la grunnlaget for ankerettens vurdering i saken om miss S som kom opp for ankeretten i 1998. Sakens forhistorie ble fortalt i innledningen. Miss S fikk medhold til slutt. Ankeretten slo fast at ”hennes rett til autonomi var blitt

overkjørt, innleggelsen var ulovlig fordi den var utøvet med tanke på å behandle hennes fysiske og ikke psykiske tilstand, og den rettslige myndigheten for å kunne utføre keisersnittet var gitt på bakgrunn av delvis feil og ufullstendig informasjon”. Retten konkluderte med at ”mens en graviditet øker det personlige ansvaret til en kvinne, forminsker det ikke hennes rett til å bestemme om hun skal, eller ikke skal, motta medisinsk behandling. Et ufødt barns behov for medisinsk assistanse overskygger ikke hennes rettigheter, selv ikke om den synes moralsk forkastelig. Overtredelsen av mors autonomi i denne saken kunne derfor ikke forsvares av fosterets behov”(1). Ankeretten satte videre et krav om at alle kvinner i samme situasjon har krav på en rådgivende advokat som kan representere henne.

Ikemoto kommenterer disse to sakene, og mener at retningslinjene som ble formet av de to ankerettene her gjorde det svært vanskelig for leger i senere saker i Storbritannia å gå til sak mot en kompetent kvinne(25).

Det er lignende uttalelser fra rettsvesenet i USA, og det går tydelig fram at man i USA i likhet med Storbritannia mener at pasientautonomi skal være høyt prioritert blant etiske prinsipper.

I Europa for øvrig er meningene mer delte. I tidligere nevnte undersøkelse utført av Cuttini et al skriver forfatterne at verken i Storbritannia eller i Sverige har fosteret noen rettslig status, og heller ingen juridiske rettigheter før det er født og viser tegn til liv(3). Forfatterne skriver videre at helseloven i Sverige garanterer kvinnen respekten for hennes integritet og rett til selvbestemmelse, inkludert retten til å avslå enhver medisinsk undersøkelse og behandling.

Selv om Grunnloven i for eksempel Italia også støtter en kompetent voksens rett til selvbestemmelse, er det italienske helsevesenet mer i tvil. Undersøkelsen understreker at et foster, umiddelbart før forløsning, er antatt å ha de samme rettighetene som en nyfødt. Det er ikke rapportert om rettsbeordrede keisersnitt fra Italia, men på bakgrunn av dette synet er det grunn til å tro at obstetrikere herfra vil se på dette som et mulig sikkerhetsnett i vanskelige saker.

I Frankrike har alle saker der kvinnen i utgangspunktet har avslått keisersnitt, endt med at hun har gitt seg. I følge Cuttini et al vil de fleste til slutt akseptere medisinsk anbefaling frivillig, men også noen etter rettsbeordring. Dette vitner om at ved en diskusjon i rettsmiljøet i Italia og Frankrike, ville fosterets rett til liv kunne veie tyngre enn kvinnens rett til autonomi i visse tilfeller.

7.2 Norge

I dette avsnittet vil det i stor grad vises til Lyng, Børdahl og Syses artikkel som eneste norske artikkel i søket(27).

Siden problemet med å definere fosterets rettigheter er så nytt, har det i Norge ikke rukket å etablere seg et lovverk i forbindelse med denne aktuelle problemstillingen. Det har heller ikke i følge Lyng et al vært noen slike tilfeller oppe for norske domstoler. Løsningen blir å bruke eksisterende lovverk, som Abortloven, Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven og eventuelt Straffeloven, for å se om det er mulig å lage retningslinjer ut fra disse.

Foruten en særregel i Lov om Sosiale tjenester angående gravide rusmisbrukere, mener forfatterne lovgivningen i Norge er preget av at fosterets interesser best ivaretas av kvinnen selv. Ved å hjelpe gravide kvinner i form av økonomisk støtte, gratis helsehjelp og tilrettelagt arbeidsmiljø, fremmes også fosterets utviklingsmuligheter. Angående fosterets juridiske situasjon, skriver forfatterne at den styrkes utover i svangerskapet, og de viser til både norsk lovverk og menneskerettighetene. Spesielt nevner de Lov om Svangerskapsavbrudd, som legger ned forbud mot abort etter at fosteret anses som levedyktig, med unntak av meget tungtveiende grunner. Syse kaller dette i sin bok en "gradert juridisk beskyttelse"(20). Rett før fødsel anses fosteret å ha tilnærmet de samme rettighetene som et nyfødt barn.

I en uttalelse fra Lovavdelingen i 1987 kom det fram at pasientens autonomi blir sett på som svært viktig, og at det ville være usikkert om legen kunne inneha en rett til å foreta keisersnittet mot kvinnens vilje blant annet av hensyn til den gravide kvinnens

kroppslige og psykiske integritet. For å utfordre kvinnens rett til autonomi, trekker Lyng et al inn handlingsplikten etter øyeblikkelig hjelp - bestemmelsen i helsepersonelloven, § 7. Kan denne paragrafen "bidra til å belyse rettmessigheten av et inngrep i morens kropp uten hennes samtykke, for å redde livet til et barn som ellers står i fare for å dø?" Forfatterne skriver at det blant helserettslige eksperter synes å være enighet om at paragrafen kan gi en handlingsrett. Samtidig påpekes det at den muligens også kan gi en viss handlingsplikt, dog diskuterbart da fosteret ikke er pasienten som omtales i paragrafen.

Når leger i for eksempel Storbritannia eller USA kommer opp i disse situasjonene har de mulighet til å ta saken opp i rettssystemet underveis, og skaffe en rettsordre før de gjør inngrepet. I Norge er det mer trolig at en slik sak ville kommet opp i ettertid. Dersom inngrepet ble vellykket, slik at barnets liv ble reddet og keisersnittet forløp uten komplikasjoner, ville det neppe være rom for strafferettslige reaksjoner overfor behandlende helsepersonell. Forfatterne viser til straffefritaksbestemmelsene i Straffeloven § 47 og 48, i tillegg til nødrettsparagrafen. Dette begrunnes i at "keisersnittssituasjonen er et så vidt stort interessefellesskap mellom mor og barn at situasjonen skiller seg fra en situasjon der et tvangsmessig inngrep foretas overfor person A for å berge person B." Heller ikke erstatning overfor mor ville være aktuelt, verken for inngrepet på hennes kropp, byrden av å få et barn eller for arret.

Forfatterne mener derimot det lettere kunne oppstått rettslige spørsmål til helsepersonells vegring om barnet ikke lot seg redde. Ville det kunne tolkes som brudd på pliktregelen i helsepersonellovens § 7? De påpeker imidlertid at omstendighetene vil ha mye å si, blant annet om dette er en akutt oppstått situasjon, eller om kvinnen gjennom store deler av sitt svangerskap har stått fast ved sin beslutning.

Forfatterne skriver senere følgende: "Er risikoen for barnet meget stor, og risiko for mor meget liten, vil en interesseavveining kunne føre til at keisersnitt bør gjennomføres...Graden av motstand og opplevelse av integritetskrenking vil til en

viss grad kunne spille inn ved fødselshjelperen vurderinger. Slik er det også etter annen tvangslovgivning..."

8. Diskusjon

8.1 Handlingsalternativer

Folks første reaksjon når de hører om en sak som dette er ofte at kvinnen skal tvinges til et keisersnitt. Det er ikke vanskelig å forstå. Situasjonen i en utenforstående persons øyne ser slik ut: En kvinne utenfor livsfare blir anbefalt å gjennomgå et, i vår tid og del av verden, rutinemessig kirurgisk inngrep for å redde barnet hun frivillig har båret fram de siste 8-9 månedene. Kvinnens rettigheter blir glatt oversett fordi situasjonen er slik at et lite barn mest sannsynlig vil dø eller få livsvarige skader hvis hun takker nei. Hva er det som gjør at denne primærresponsen sitter så dypt i oss? Scott har laget en oversikt over hvilke forhold og normer i samfunnet som kan bidra til å svare på spørsmålet(13). Er det mulig å utfordre vår intuisjon om at barnets beste er viktigere enn den gravides rett til selvbestemmelse ved å argumentere mot disse normene?

- 1) Analogi til abortloven: ”hvis staten ved lov kan hindre en kvinne i å terminere svangerskapet etter at barnet har blitt levedyktig, så må den også kunne hindre henne i å svekke dets muligheter for liv ved fødsel.” Det vises her til tidligere diskusjon i oppgaven. Selv om det ved første øyekast kan virke likt, er det i realiteten noe helt annet å tvinge noen til å hjelpe enn å gi et forbud mot å skade.
- 2) Analogi til barnet og barnemishandling. ”Staten kan beskytte et barn og gi det medisinsk behandling mot foreldrenes vilje, og bør kunne gjøre det samme for et foster.” Først og fremst har ikke et foster de samme juridiske rettighetene som et barn. For det andre bør det også her trekkes inn momentet med usikre tester for fosterstress. Det vil være svært dramatisk for en mor å midlertidig miste bestemmelsesrett både over sin egen kropp og foreldreretten til fosteret på usikker medisinsk indikasjon.
- 3) ”Alt som kan gjøres i medisinen, skal gjøres.” Leger og utenforstående rangerer ofte døden som det verst tenkelige utfall. At ikke pasienten alltid ser

det slik kan være vanskelig å forstå. Men pasienten kan ha sterke personlige erfaringer og syn som kan komme fram bare noen spør.

- 4) ”Målet rettferdiggjør midlet. Positivt resultat (friskt barn og mor) kan veie opp for at mor må gjennomgå kirurgi mot sin vilje.” At utenforstående eller helsepersonell ser på dette som et positivt resultat betyr ikke at det er det for kvinnen. Saken om miss S beskrevet i innledningen er et eksempel. Hun var fortsatt uenig i avgjørelsen etter at barnet var tatt med keisersnitt og opplevde blant annet tilknytningsproblemer til barnet, flashbacks og søvnproblemer(24).

For helsepersonell med de samme intuisjonene om rett og galt, kan det være vanskelig å foreta en objektiv vurdering i disse situasjonene. Selv om det i utgangspunktet kan virke logisk å tvinge kvinnen, bør årsakene til denne tankegangen vurderes.

I august 1996 kom South Atlantic Association of Obstetrics and Gynecologists ut med retningslinjer for hva helsepersonell i slike situasjoner bør gjøre, og de ligner mye på DeBosch’ forslag til mulige løsninger som ble presentert tidligere i oppgaven(28). De mener det første man skal gjøre er å informere godt og om nødvendig bruke lett overtalelse. Dersom kvinnen etter dette ikke endrer mening, tvinger retningslinjene i utgangspunktet helsepersonell til å prioritere kvinnens rett til autonomi fremfor fosterets rett til liv. ”Gitt at kvinnen er kompetent skal ikke intervensjoner gjøres mot hennes ønske og uten hennes samtykke.” Blir dette for vanskelig for helsepersonell eller de er i tvil om kvinnens årsaker til å velge som hun gjør, kan de be om hjelp fra etiske råd eller etisk komité. Som tidligere nevnt er tidsnød et problem. Derfor er det viktig i de situasjonene det er mulig å ha snakket om kvinnens ønsker før hun når termin. Retningslinjene nevner også at det er mulig i visse situasjoner at lege – pasient – forholdet er så dårlig at det kan være en fordel for begge parter at pasienten blir henvist til en annen lege eller en annen klinikk. Dette gjelder selvsagt ikke i nødssituasjoner.

Hvis alt overfor er forsøkt uten at saken har fått en løsning, skrives det i retningslinjene at det kan være på tide for helsepersonell å gi seg. Har kvinnen

overbevisende årsaker til valget hun har tatt, har hun krav på å få all tilgjengelig hjelp til en vaginal fødsel. Imidlertid kan det være situasjoner der helsepersonell enda mer enn vanlig ”føler de er moralsk forpliktet til å redde barnet, og der de på klinisk grunnlag er overbevist om at intervensjon for barnet er livsviktig”. Og det er i disse situasjonene helsepersonell kan se det som en mulighet, og kanskje en nødvendighet, å tvinge kvinnen. Men hvordan tvinge? I mange land er det som nevnt en mulighet å søke juridisk hjelp. Får legene medhold, følger en rettsordre og dermed juridisk makt til å utføre keisersnittet. Noe det står lite om i litteraturen er hva som så skjer. Vil kvinnene gi seg med én gang de ser legene holde rettsdokumentet i hånden? I flere artikler går det fram at bruk av fysisk makt overhodet ikke er akseptert. Dette innebærer for eksempel å holde kvinnen nede mens hun får bedøvelse. Det er ikke vanskelig å forestille seg at dette ville være et altfor stort traume for en pasient å gå gjennom. En rettsordre blir i slik måte et redskap for å overtale kvinnen til å endre mening(28). Hva som skjer hvis kvinnen fortsatt nekter inngrepet står det ikke noe om i litteraturen. Men det er grunn til å tro at en kvinne som nekter keisersnitt selv etter at legene har fått rettsordre, i større grad vil være juridisk ansvarlig om fosteret skulle dø enn om legene ikke hadde et slikt rettslig dokument. I tillegg står legene trygt fra å bli anklaget for ikke å ha intervenert.

Et annet spørsmål er om det i det hele tatt er riktig å trekke rettsvesenet inn i konflikten. For å lage en analog til Norge vil dette spørsmålet til en viss grad også gjelde etisk komité. British Medical Association har laget en guide som først og fremst omhandler etiske problemstillinger rundt avslutning av livsforlengende behandling, men som det er mulig å bruke også i denne sammenhengen(29). De skriver at beslutninger i disse situasjonene påvirkes av subjektive responser. Det er derfor viktig for helsepersonell og eventuelt annet fagpersonell involvert, å hele tiden være klar over hva som er det primære hensynet: Nemlig om de oppfattede fordelene av behandlingen vil veie opp for byrdene for pasienten, og videre å unngå å legge vekt på hva behandlende helsepersonell selv ville ha ønsket om de befant seg i samme situasjon. Å trekke utenforstående jurymedlemmer eller medlemmer av en etisk komité inn i bildet for å vurdere saken gir en risiko for at ytterligere subjektive

meninger blir forstyrrende for hva som er kvinnens virkelige ønske, og hva som synes objektivt best for henne. I en studie over rettsbeordrede keisersnitt kommer Michalowski fram til at det ser ut til at når en jury må ta beslutninger i saker som omhandler liv og død, foretrekker de å avgjøre i favør av å opprettholde liv(11). Som nevnt tidligere er ikke alltid det å utelukkende opprettholde liv det beste i pasientens øyne. På samme tid er dette fagpersoner som skal være trent i å se slike saker objektivt, og det er dessuten for mye å vente av helsepersonell at de skal stå alene i beslutningstagningen. Men det er viktig å kjenne til problemet.

I Norge hvor alternativet med å skaffe en rettsordre ikke er aktuelt, vil en kjennskap til helseetikk og aktuelt lovverk i form av hjelp fra etikere og helsejurister være det som kan bistå helsepersonell i en slik konflikt. Som beskrevet i avsnittet om juss i Norge er det usikkert hva som ville skje om en slik sak kom opp for en norsk domstol i etterkant av hendelsen. På basis av gjeldende lovverk er det likevel lite trolig at en lege ville blitt straffet for å utføre inngrepet, samtidig som det også virker usannsynlig at en kvinne skulle tiltales for drap av fosteret om hun nektet og fosteret døde. Som den eneste artikkelen i søket, beskriver Lyng et al et tilfelle der en kvinne fysisk nektet inngrepet ved å hoppe ut av sengen og rive av fosterets skalpelektrode(27). Legene måtte gi tapt, og kvinnen fødte vaginalt et dødt barn. Ville hun i større grad godtatt inngrepet om legene hadde viftet med et rettslig dokument?

Som Burrows beskriver det ”ville det mest attraktive være at både mors og fosterets rettigheter ble sett på som like viktige, og en handlingsmåte som tar vare på begge disse er det man vil strebe etter”(22). I visse saker er det dog ikke mulig å beskytte begges rettigheter. Står kvinnen på sitt og nekter keisersnitt, er det opp til helsepersonell, eventuelt med hjelp fra annet fagpersonell, å velge hvilke etiske prinsipper de skal legge mest vekt på, og hvilke de skal sette til side. Som det står i Lærebok i Medisinsk Etikk ”vil tilsidesettelse av et prima facie prinsipp alltid være alvorlig og vil etterlate seg moralske spor. Dessuten vil man alltid stå i fare for å bli møtt med kritikk fra andre”(14).

8.2 Konklusjon

Det er ikke bare ved avslag på helsehjelp at kvinnens ønsker kan komme i konflikt med barnets beste. Det er mange faktorer involvert i en vellykket graviditet. I Norge har vi mulighet til å holde en gravid kvinne tilbake i institusjon mot hennes vilje hvis det på grunn av rusmisbruk er stor risiko for at barnet hun bærer vil ta skade i henhold til Lov om Sosiale Tjenester(30). Dette viser igjen at vi i visse situasjoner gir fosteret rettigheter som tilsidesetter mors rett til selvbestemmelse. Men hva med andre faktorer som kan påvirke graviditeten? Feilernæring, at mor lever i et forhold med vold, har et unormalt stressfylt liv eller unnlater oppmøte på svangerskapskontroller? I ingen av de ovenstående tilfeller har mor gjort noe ulovlig, men like fullt kan det påvirke fosterets utviklingsmuligheter(31). Er det mulig å forsvare bruk av tvungen medisinsk behandling av gravide kvinner, bør det også kunne forsvares påtvunget kontroll med hennes generelle livsstil. Skader på fostre som følge av gravide kvinners livsstil er tross alt mye vanligere enn skader på fostre fordi mor nekter medisinsk behandling, dog ikke farlig i samme akutte grad(32). Dimond skriver at i saker angående påtvungne keisersnitt virker det som juryen plasserer den gravide kvinnen i en helt annen gruppe, og gir henne en helt annen rettslig status enn andre kompetente voksne(26). Lindgren stiller samtidig spørsmålet om vi ønsker å adoptere retningslinjer som fjerner grunnleggende rettigheter hos visse grupper av befolkningen(2).

Disse konfliktene inneholder alle komponenter som trengs for at vi som medmennesker skal engasjere oss: Et lite, ufødt barns liv som står i fare. En kvinne som mest sannsynlig handler på vegne av erfaringer, tro og meninger som utenforstående ikke evner å se begrunnelsen for. Og sist, men ikke minst, et helsepersonell involvert i et enormt moralsk dilemma de møter altfor sjeldent til å vite hvordan de skal takle. Saken blir desto mer komplisert når de fleste av oss innehar et knippe intuisjoner om hva som er rett og galt som definitivt ikke kommer den gravide kvinnen til gode. Det synes svært vanskelig å godta hennes valg. Likevel fortjener hun å få en objektiv vurdering. I følge lovverk både i Storbritannia og USA og til en viss grad også i Norge, har hun en rett til selvbestemmelse som står så sterkt

at mye skal til for å tvinge henne til å gjøre noe hun ikke vil. Men Michalowski skriver i en artikkel fra 1999 at juridiske prinsipper alene ikke kan gi en adekvat beskyttelse for pasienters rett til autonomi(11). Jeg tror han har et poeng og siterer ham videre: “Så lenge det er utbredte meninger om at fosteret til en viss grad bør beskyttes mot den gravide kvinnens valg, at det på enhver bekostning er best for en kvinne å føde et friskt barn, og at en kvinne under fødsel ikke er kompetent til å foreta valide medisinske beslutninger, vil det oppstå flere vanskelige situasjoner, og juridiske prinsipper vil bli omformet for å oppnå det mange mener er en nødvendig beskyttelse av fosteret.”

Selv om disse konfliktene har flere fellestrekk er også hver sak unik, og de må vurderes hver for seg selv om det er vanskelig, og på tross av tidsmangel. At disse situasjonene er til stor belastning også for helsepersonell er det ingen tvil om. Når alt kommer til alt har de få virkemidler til rådighet. Å sikre god kommunikasjon med pasienten er imidlertid et nødvendig redskap. Dette for å prøve å oppnå forståelse for kvinnens valg, og på samme tid hjelpe henne med å se klart de medisinske fakta, samt konsekvensene av hennes beslutning. Samtidig er det flere forfattere som minner om at helsepersonell er pålagt å dokumentere alle samtaler, avveininger og beslutninger. Det bør være åpenbart hvorfor det er viktig i en situasjon som denne.

Som skrevet i innledningen kan ikke denne oppgaven gi en løsning på problemet. I likhet med diskusjonene rundt abort, finnes det like mange synspunkt som det finnes debattanter. Det er svært vanskelig å godta at et nesten fullbåret barns liv skal gå tapt av hensyn til mors selvbestemmelsesrett. Men med pasient S’ historie friskt i minne er det også vanskelig å godta at helsepersonell skal overprøve beslutningskompetente pasienter. Vil en gravid kvinnes psykiske og kroppslige integritet overleve en slik inngripen? Vil virkelig en mor med flashbacks, søvnproblemer, manglende tilknytning til sitt barn samt total manglende tillit til helsevesenet være den optimale helsegevinsten i disse situasjonene? Hvordan vil det påvirke et barn å vokse opp i et hjem der det er uønsket?

At det kan forsvares rettslig å intervenere, betyr ikke at det moralsk sett bør gjøres.

9. Kildeliste

1. Maclean A. Caesarean Sections, Competence and the Illusion of Autonomy. 1999 [cited 2008 24.09]; Available from: <http://webjcli.ncl.ac.uk/1999/issue1/maclean1.html>.
2. Lindgren K. Maternal-fetal conflict: court-ordered cesarean section. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1996 Oct;25(8):653-6.
3. Cuttini M, Habiba M, Nilstun T, Donfrancesco S, Garel M, Arnaud C, et al. Patient refusal of emergency cesarean delivery: a study of obstetricians' attitudes in Europe. *Obstet Gynecol*. 2006 Nov;108(5):1121-9.
4. Rhoden NK. The judge in the delivery room: the emergence of court-ordered cesareans. *Calif Law Rev*. 1986 Dec;74(6):1951-2030.
5. Impey L, Child, T. *Obstetrics & Gynaecology*: Wiley-Blackwell; 2008.
6. Folkehelseinstituttet. Medisinsk fødselsregister. [cited 2009 22.08]; Available from: <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>.
7. Folkehelseinstituttet. Keisersnitt - Faktaark. [cited 2009 22.08]; Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2665:1:0:0::0:0&MainLeft_5565=5544:52705::1:5569:4::0:0.
8. Chervenak FA, McCullough LB. Ethics in obstetrics and gynecology. An overview. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997 Dec;75(1):91-4.
9. Finamore EP. *Jefferson v. Griffin Spalding County Hospital Authority*: court-ordered surgery to protect the life of an unborn child. *Am J Law Med*. 1983 Spring;9(1):83-101.
10. Catlin AJ. When pregnant women and their physicians disagree on the need for cesarean section: no simple solution. *Adv Pract Nurs Q*. 1998 Fall;4(2):23-9.
11. Michalowski S. Court-authorized cesarean sections--the end of a trend? *Mod Law Rev*. 1999 Jan;62(1):115-27.
12. DeBosch BJ, Brown D, Tse G, Hua M, Kodner IJ. Fetus-saving Caesarian rejection by pregnant woman: a case study. *Surgery*. 2009 Jan;145(1):6-8.
13. Scott C. Resisting the temptation to turn medical recommendations into judicial orders: a reconsideration of court-ordered surgery for pregnant women. *Ga State Univ Law Rev*. 1994 May;10(4):615-89.
14. Ruyter KW., Forde R., Solbakk JH. *Medisinsk etikk - en problembasert tilnærming*: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2000.
15. Cahill H. An Orwellian scenario: court ordered cesarean section and women's autonomy. *Nurs Ethics*. 1999 Nov;6(6):494-505.
16. Chervenak FA, McCullough LB, Skupski DW. An ethical justification for emergency, coerced cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 1993 Dec;82(6):1029-35.
17. Sullivan WJ, Douglas MJ. Maternal autonomy: ethics and the law. *Int J Obstet Anesth*. 2006 Apr;15(2):95-7.
18. Phelan JP. The maternal abdominal wall: a fortress against fetal health care? *South Calif Law Rev*. 1991 Nov;65(1):461-90.
19. Lovdata. Lov om helspersonell. [cited 2009 23.09]; Available from: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>.
20. Syse A. *Abortloven: juss og verdier*: Ad notam Gyldendal; 1993.

21. Reid MC, Gillett G. The case of Medea--a view of fetal-maternal conflict. *J Med Ethics*. 1997 Feb;23(1):19-25.
22. Burrows J. The parturient woman: can there be room for more than 'one person with full and equal rights inside a single human skin'? *J Adv Nurs*. 2001 Mar;33(5):689-95.
23. Scott R. The pregnant woman and the good Samaritan: can a woman have a duty to undergo a caesarean section? *Oxf J Leg Stud*. 2000 Autumn;20(3):407-36.
24. Morris A. Once upon a time in a hospital...The cautionary tale of St George's healthcare NHS trust v.s, R V. Collins and others ex parte S (1998) 3 All er 673. *Feminist Legal Studies*. 1999;7:75-84.
25. Ikemoto LC. Forced cesareans. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1998 Dec;10(6):465-8.
26. Dimond B. Legal aspects of consent 11: compulsory Caesarean sections. *Br J Nurs*. 2001 Aug 9-Sep 12;10(15):1002-4.
27. Lyng K, Syse A, Bordahl PE. Kan keisersnitt utføres uten morens samtykke? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2005(125):457-9.
28. Pinkerton JV, Finnerty JJ. Resolving the clinical and ethical dilemma involved in fetal-maternal conflicts. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Aug;175(2):289-95.
29. BritishMedicalAssociation. Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment. Guidance for decision making: BMJ Books; 2001.
30. Lovdata. Lov om sosiale tjenester. Kapittel 6 Særlige tiltak overfor rusmiddelmisbrukere. § 6-2a. [cited 2009 19.09.]; Available from: <http://www.lovdata.no/all/tl-19911213-081-008.html#6-2a>.
31. Flagler E, Baylis F, Rodgers S. Bioethics for clinicians: 12. Ethical dilemmas that arise in the care of pregnant women: rethinking "maternal-fetal conflicts". *CMAJ*. 1997 Jun 15;156(12):1729-32.
32. Minkoff H, Paltrow LM. Melissa Rowland and the rights of pregnant women. *Obstet Gynecol*. 2004 Dec;104(6):1234-6.